**第三者行為基本調査書**

保険者名

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生年月日 | 令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分頃 |
| 事故発生場所 | 市　　　　　　　町郡　　　　　　　村 |
| 被　害　者　　（被保険者） | 住所 | （〒　　　　　）市　　　町郡　　　村　　　　　　番地 |
| 氏名 | 男女　　　　　　才 |
| 職業 | TEL |
| 保　有　者 | 住所 | （〒　　　　　） |
| 氏名 | TEL |
| 運　転　者　　（加　害　者） | 住所 | （〒　　　　　） |
| 氏名 | 男女　　　　　　才 |
| 保有者との関係 | TEL |
| 自　賠　責　保　険　関　係 | 有 ・ 無 | 保険会社名農協組合名 | 保険会社　　　　　　　　支店農業協同組合 |
| 証明書番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 保険契約者 | 住所 |  |
| 氏名 | TEL |
| 加害自動車 | 種別 |  | 県　　別 |  |
| 登録番号又は車両番号 |  | 車台番号 |  |
| 保険期間 | 自　令和　　年　　月　　日～至　令和　　年　　月　　日　　午前１２時　　　ヶ月間 |
| 未請求　月頃請求する予定 | 請求済仮　渡　　　　　　　　円内　払　　　回　　　　円 | 本請求済令和　年　月　日頃　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 任　意　保　険（対人） | 有 ・ 無 | 保険会社名農協組合名 | 保険会社　　　　　　　　　支店農業協同組合 |
| 証券番号 | 第　　　　　　　号 |
| 保険契約者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 | TEL |
| 保険期間 | 自　令和　　年　　月　　日～至　令和　　年　　月　　日　　午後４時　　ヶ月間 |
| 一括支払制度の有無 | 有　・　無 |
| 療養取扱機関名 | 　　　　　　　国保による診療　　令和　　年　　月　　日から |
| 示談内容 | 成立　　　年　　月　　日　　未成立・交渉中（　年　月現在） |
| 摘要欄 | 高額療養費の支給　有・無 |